

УДК 159.98

Психологічна допомога учасникам бойових дій: історичний контекст і сучасність

Зливков В. Л., доцент, канд. психол. наук, провідний науковий співробітник лабораторії методології та історії психології Інституту психології імені Г.С.

Костюка НАПН України, e-mail: olenivka@rambler.ru

Зливков В. Л. Психологічна допомога учасникам бойових дій: історичний контекст і сучасність. Психічне здоров'я учасників бойових дій і надання їм якісної психологічної допомоги завжди були у фокусі уваги як науковців, так і громадськості в цілому. Дану статтю присвячено аналізу ризиків виникнення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військових, порівнянню особливостей організації реабілітації учасників бойових дій у різних країнах світу. На прикладах літературних джерел наведено ймовірні наслідки недосконалості системи психологічної підтримки та соціальної адаптації військових із психотравмою. Визначено особливості системи медико-психологічної допомоги учасникам бойових дій у США, наведено приклади он-лайн програм та мобільних додатків із профілактики ПТСР для демобілізованих військовослужбовців.

Зливков В.Л. Психологическая помощь участникам боевых действий исторический контекст и современность. Психическое здоровье участников боевых действий и предоставление им качественной психологической помощи всегда были в центре внимания как ученых, так и общественности в целом. Данная статья посвящена анализу рисков возникновения симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у военных, сравнению особенностей организации реабилитации участников боевых действий в разных странах мира. На примерах литературных источников приведены возможные последствия несовершенства системы психологической поддержки и социальной адаптации военнослужащих с психотравмой. Определены особенности системы медико-психологической

помощи участникам боевых действий в США, приведены примеры онлайн программ и мобильных приложений по профилактике ПТСР для демобилизованных военнослужащих.

Zlyvkov V.L. Psychological assistance of combatants: historical context and nowadays. The mental health of the Armed Forces is an important issue of both academic and public interest. The aims of this study are to assess the prevalence and risk factors for common mental disorders and post traumatic stress disorder (PTSD) symptoms and compare the features of rehabilitation of combatants around the world. To develop PTSD, a person must have gone through a trauma. The affected combatants with war trauma experience problems in their living, working, learning, and social environments. Almost all people who go through trauma have some symptoms for a short time after the trauma. There are four major types of symptoms: re-experiencing, avoidance, arousal, and negative changes in beliefs and feelings. To diagnose PTSD, a mental health provider "measures," "assesses", or "evaluates" PTSD symptoms one may have had since the trauma. It was mentioned that mental disorders are common in the military, especially alcohol problems and neurotic disorders. PTSD remains relatively uncommon (for US and Ukrainian samples). Alcohol misuse and depressive disorders are much more common and therefore should be the primary focus for education/prevention and intervention. In the case of literature sources the consequences of inadequacy of psychological support and social adaptation of military psychotrauma are reported. The features of medical and psychological assistance to combatants in the US are noted. It is spoken in detail about the National Center for PTSD as is dedicated to research and education on trauma and PTSD. The article gives a detailed analysis of on-line programs and mobile applications for the prevention of PTSD for demobilized soldiers.

Ключові слова. Учасники бойових дій, психічні розлади, ПТСР, бойовий стрес, військова травма, адаптація, психологічна допомога, психологічний супровід.

Ключевые слова. Участники боевых действий, психические расстройства, ПТСР, боевой стресс, военная травма, адаптация, психологическая помощь, психологическое сопровождение.

Key words. Combatants, mental disorders, PTSD, combat stress, war trauma, adaptation, psychological assistance and psychological support.

Постановка проблеми. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців, які зазнали впливу факторів бойової обстановки, є надзвичайно актуальною проблемою для України. Пов'язані зі стресом під час військових дій психічні розлади вважаються одним із головних внутрішніх бар'єрів військовослужбовців на шляху адаптації до мирного життя.

Проблема впливу бойових дій на психіку військових є предметом глибоких і інтенсивних досліджень, як у психології, так і в медицині, втім якщо для України дана тема є відносно новою, то зокрема у США – відображена на у численних науково-практичних дослідженнях, а військова психологія й військова психіатрія посідають чільне місце серед психологічних і медичних галузей відповідно.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Поняття бойової психічної травми має тривалу історію. Дослідники вказують на згадки Геродотом психосоматичних розладів в учасників Марафонської битви (битва 12 вересня 490 до н. е. під час греко-перських воєн). Зокрема відоме ім'я воїна Епіцеліуса, який повністю втратив зір, без будь-яких зовнішніх пошкоджень. Психологічні зміни і психопатологічні розлади у учасників бойових дій, зокрема ремінісценції, як основний елемент травматичного неврозу військових, описував Лукрецій у I ст. до н. е. Поема Гомера «Іліада» стала одним із перших класичних творів, в якому описана як загальна травматологія, так і реакція воїнів на психотравмуючі події, зокрема у пісні XXIV Ахілл згадує свого загиблого друга, ці спогади часто повторюються, призводять до неспокою та безсоння: «Тільки Ахілл свого друга Згадував

любого й плакав, і сон, що усіх підкоряє, Не подолав його, все він на ложі
своєму метався Й журно спогадував силу могутню і мужність Патрокла,
Скільки удвох пережить довелось їм і лиха зазнати В битвах тяжких з
ворогами і в хвилях бурхливого моря. Все це спогадував він, рясні
проливаючи сльози, Лежачи то на боку, то навznak, то ницьма раптово
Перевертаючись. То він, з постелі своєї схопившись, Берегом моря блукав у
нестями» [2].

Першими описали психологічні проблеми, які виникли у солдат після
повернення додому, американські лікарі часів Громадянської війни в Америці
(1861 – 1865 рр.), зокрема у 1871 р. Я. М. да Коста описуючи психосоматичні
порушення у солдатів, наголошував, що у клінічній картині спостерігається
домінування кардіологічних симптомів, що дозволило автору назвати цей
стан «солдатське серце» (Da Costa's syndrome), нині – за МКХ-10 – F45.3
соматоформна вегетативна дисфункція, більш відома як вегето-судинна
(нейроциркуляторна) дистонія чи психовегетативний синдром [8]. Окрім
цього, основним діагнозом для військових на той час була «ностальгія», а для
її лікування створювалися центри для надання психотерапевтичної допомоги,
один із перших – створений у 1863 р. військовий психіатричний госпіталь.
Про психотравматизацію військових і труднощі їх соціальної адаптації
можна говорити ще із часів російсько-японської війни (1904 – 1905 рр.), коли
вперше у військовій історії у безпосередній близькості від зони бойових дій у
м. Харбін було створено центральний військовий шпиталь для лікування
психічних розладів. Схему психологічної допомоги, створену за часів
російсько-японської війни згодом взяли за основу в арміях США, Ізраїля,
Великобританії та інших країн світу [4].

Наслідки психічної травматизації, пов'язані із переживаннями
воєнного часу, вивчав російський психіатр Л.Б. Ганнушкін, який у 1927 р
описав одну з форм «нажитої психічної інвалідності» і виділив три групи
симптомів. До першої з них були віднесені симптоми, пов'язані із
збудливістю і дратівливістю. До другої групи Л.Б. Ганнушкін відніс напади

депресії або як тривалі й гострі, так і короткі та інтенсивні. Третя група включає ускладнення клінічної картини, які проявляються у різного роду психогенних істеричних розладах. Хвороба розвивається протягом 2-4 років і призводить до стійкого, невиліковного ослаблення інтелектуальної діяльності [1]. На той час симптоми психотравми часто сприймалися як ознака слабкості чи симуляції військового. Таке ставлення позначалося й на способах лікування. Х.-Г. Хофер зазначає, що на той час лікарі вважали, що психічний шок може бути нейтралізований застосуванням електрошоку. Також лікарі використовували гідротерапію (занурення хворого у холодну воду), залишали його в цілковитій темряві. Якщо солдат виявлявся безнадійним, то його відправляли на завод з виготовлення військової техніки [5].

Слід зазначити, що у зарубіжній і вітчизняній науці погляди на психотравматизацію суттєво трансформувалися. Якщо у роки Першої світової війни та на початку Другої світової, вчені вважали, що психотравматизації на полі бою зазнають виключно особи із слабкою та нестійкою психікою, а психічна травма була синонімом трустості, то бойова практика останніх років Другої світової суттєво скорегувала ці погляди, адже попри численні заходи із виявлення осіб із нестійкою психікою в процесі психологічного відбору до військ, застосованих у зарубіжних арміях, психологічні втрати мали тенденцію до зростання [3]. Як справедливо зазначає американський військовий психолог Р.А. Габрієль, нервові розлади – це закономірний результат впливу сильних психічних навантажень на звичайну людину, по суті це реакція психічно здорової людини на жахи смерті, а психічний розлад – це засіб, за допомогою якого вона намагається уникнути цих жахів. Аналогічної позиції дотримуються й шведські фахівці Я. Агрель та Л. Лjungберг, зокрема вони зазначають, що умови виникнення невожу на полі бою значною мірою зумовлені тим, що поставлені суспільством вимоги до особистості військового значною більші, ніж їхній власний психологічний ресурс [6].

Іншої точки зору дотримуються ізраїльські фахівці, своїми емпіричними дослідженнями вони доводять, що існує пряма кореляція між відсутністю бойового досвіду, наявністю раніше отриманої психічної травми і можливістю розвитку психічного розладу в процесі бойових дій. Бойові дії в Лівані (1982 р.) показали, що психотравматизація прямо залежить від рівня інтенсивності бойових дій, при цьому частіше травматичні розлади виникали не під час чи після активного бою, а за умов тривалого очікування нападу ворога, без активного застосування зброї [5].

Процес становлення системи психологічної допомоги військовим у різних арміях світу був достатньо складним, часто за принципом «заперечення заперечення», зокрема якщо спочатку психотравмованих (при цьому психотравма не ідентична травмі головного мозку чи контузії, як це часто постулюється) визнавали хворими і відправляли на реабілітацію подалі від районів бойових дій (досвід Великобританії за часів Першої світової війни), то французи відмовилися від такої практики і почали надавати психологічну допомогу поблизу передової, що значно збільшило відсоток осіб, які повернулися до лав армії, на відміну від англійців, які після евакуації, здебільшого лишалися на мирних територіях. Досвід Франції згодом був успішно застосований американцями, які довели, що кілька днів відпочинку у найближчому тилу дозволяють військовим відновити втрачену психічну рівновагу.

Слід зазначити, що нині військові психіатри працюють у тісній співпраці із військовими психологами, часто їхні функції перетинаються, а вже чотири роки поспіль психіатри й психологи проводять спільні конференції з питань військової психології, зокрема у 2015 р. основними проблемами, які планується висвітлити на конференції є професійний відбір військових, формування їх психологічної стійкості, депресія, зловживання алкоголем і наркотиками, психологічна допомога на догоспітальному етапі, ПТСР, фобії, психологічна підтримка сімей і проблеми адаптації учасників бойових дій. Очевидно, що дані проблеми актуальні й для реалій сучасної

України, а відповідний напрацьований роками досвід інших країн може стати в нагоді вітчизняним фахівцям.

Мета статті: визначення особливостей надання психологічної допомоги учасникам бойових дій в історичному контексті та сучасних реаліях.

Виклад основного матеріалу дослідження. Товариство військових психологів (Society for Military Psychology, Division 19) входить до складу Американської психологічної асоціації (APA), а численні аспекти військової психіатрії широко висвітлені у дослідженнях Американської психіатричної асоціації (American Psychiatric Association). Основною тематикою досліджень військових психологів є клінічна військова психологія, психодіагностика розладів адаптації та особистісних ресурсів учасників бойових дій. При цьому окремо виділяють оперативну, тактичну, клінічну й організаційну військову психологію. Оперативна військова психологія – це відносно нова спеціалізація, спрямована на консультування військового керівництва щодо досягнення стратегічних цілей у галузі національної безпеки та оборони, зокрема підбору персоналу для участі у військових і антитерористичних операціях, ведення інформаційних психологічних воєн, допитів і особливостей поводження із полоненими.

Тактична психологія полягає у роботі із військовим, які безпосередньо контактують із ворогом, спрямована на вдосконалення їх умінь протистояти тискові супротивника і мінімізувати його прагнення до наступу, а також на розвиток навичок саморегуляції у екстремальних бойових ситуаціях.

Зазначимо, що ще у 1989 р. військові психологи J.Driskell і B.Olmstead наголошували, що військова психологія не обмежується використанням конкретних методик (як експериментальна психологія) чи вирішенням певних завдань (як психологія розвитку), по суті вона є прикладною щодо військової справи, тобто військовий психолог – це вчений, який застосовує психологічні принципи у військовій справі та національній обороні. Сучасна військова психологія охоплює такі психологічні дисципліни як психологія

професійної підготовки, організаційна, соціальна і клінічна психологія, психологія здоров'я і психодіагностика.

Клінічна та організаційна військова психологія тісно пов'язані одна з одною та спрямовані на професійний відбір військовослужбовців, консультування членів їх сімей та адаптацію до мирного життя із обов'язковим працевлаштуванням, при цьому саме подальша працевлаштованість є запорукою збереження психічного здоров'я учасників бойових дій і дозволяє ефективніше реалізувати реабілітаційні програми.

Відповідно до законодавства США громадяни, які відслужили на дійсній військовій службі не менше строку, встановленого для курсу підготовки новобранця (180 і більше днів) і звільнені не з причини негідної поведінки, підпадають під категорію "ветеран" і отримують право на певні пільги. Для військовослужбовців, звільнених по інвалідності, мінімальні терміни служби не встановлюються.

Ветеранами збройних сил США опікується *Міністерство у справах ветеранів – United States Department of Veterans Affairs, VA* (до 15 березня 1989 р. – Управління у справах ветеранів). Підвищення статусу управління до рівня міністерства свідчить про значущість для країни питань соціального забезпечення колишніх військовослужбовців.

Натепер це друге за величиною федеральне міністерство після міністерства оборони США з чисельністю персоналу близько 280000 чоловік. До компетенції міністерства входить оформлення іпотечних кредитів, страхування життя, призначення пенсій, допомог і пільг (включаючи випадки виплати при втраті працездатності, втрати годувальника, медичні пільги та виплати на поховання) для ветеранів збройних сил США і членів їх сімей.

Національний центр ПТСР (VA's National Center for PTSD, www.ptsd.va.gov). Центр створений у 1989 р. Міністерством у справах ветеранів з метою сприяння розумінню симптомів травматичного стресу, покращення медико-психологічної допомоги ветеранам і підготовки кадрів для діагностики та лікування посттравматичного стресового розладу і

розладів, пов'язаних зі стресом. З 1995 р. діє веб-сайт Центру, де подається актуальна, достовірна, професійна інформація із низки питань, пов'язаних з травмою і стресом. Сайт розділений на секції у тому числі для ветеранів та членів їх сімей, лікарів, медичних працівників, науковців та інших осіб, які зацікавлені у допомозі особам із психотравмою.

Незважаючи на те, що Центр діє під егідою Міністерства у справах ветеранів, дослідження проводяться за усіма видами психотравми – бойового стресу, від стихійних лих, тероризму, насильства та жорстокого поводження. Хоча Центр не надає безпосередньої клінічної допомоги, наукові дослідження та їх результати розміщені на сайті, сприяють підвищенню благополуччя людей, які пережили травматичні події, з акцентом на американських ветеранів. Зазначимо, що кожного року близько 800,000 дорослих американців переживають симптоми ПТСР, у 2014 р. понад 531 000 з майже 6000000 ветеранів звернулися за допомогою до лікувальних установ з приводу ПТСР.

Медичні центри для ветеранів (VA Medical Centers, VAMC) – зазвичай це лікарні на понад 350 ліжок із хірургічним, терапевтичним і психіатричним стаціонаром, які знаходяться у кожному штаті, мають сертифікат Комісії із акредитації реабілітаційних установ (CARF) та є базою для навчання лікарів і психологів. Медичні центри активно співпрацюють із місцевими лікарнями (наприклад, Медичний центр для ветеранів Атланта (штат Джорджія) координує свою діяльність із Клінікою університету Еморі і Центром реабілітаційної медицини університету Еморі).

Особлива увага у Медичних центрах приділяється подоланню алкогольної та наркотичної залежності учасників бойових дій, а також вирішенню проблем ветеранів-безхатків, задля цього створено окремі служби, до складу яких входять соціальні працівники, психологи і медичний персонал. Працюють телефони довіри із надання психологічної і юридичної допомоги. Активно розвивається телемедицина.

Основні цінності до надання медико-психологічної допомоги у медичних центрах для ветеранів базуються на абревіатури «*I CARE*» («*Мені не байдуже*»):

Integrity: Високі моральні якості – дотримання професійних стандартів, довіра до усіх пацієнтів.

Commitment: Зобов'язання – виконання свої службових та організаційних обов'язків, дотримання медичної етики, відданість місії турботи про ветеранів.

Advocacy: Захист прав та інтересів – захист прав ветеранів, створення їх позитивного іміджу у ЗМІ.

Respect: Повага – повага до ветеранів, членів їх сімей і колег.

Excellence: Досконалість – прагнення до саморозвитку і вдосконалення своїх професійних навичок, відповідальність, готовність визнавати свої помилки та виправляти їх.

Психологічна реабілітація базується на *Програмах лікування психічних розладів* (Mental Health Residential Rehabilitation Treatment Programs, МН RRTP), до яких насамперед відносять психосоціальний дефіцит, наркоманію та алкоголізм, психічні розлади у тому числі ПТСР. Завданням Програми є не лише лікування, а й інтеграція учасників бойових дій у суспільство, сприяння у пошуку роботи та встановленню гармонійних міжособистісних стосунків. Компонентами Програми є *психічна реабілітація ветеранів на дому* (Domiciliary Residential Rehabilitation Treatment Program, DR RTP), *психологічна реабілітація ветеранів* (Psychosocial Residential Rehabilitation Treatment Program, PR RTP), *корекція прсттравматичного стресового розладу ветеранів, у тому числі й бойової психічної травми* (Post-Traumatic Stress Disorder Residential Rehabilitation Treatment Program, PTSD-RRTP), *корекційна працетерапія* (Compensated Work Therapy (CWT)-Transitional Residence (TR).

У 2011 р. в США була створена система психологічної і соціальної адаптації ветеранів, які зазнали контузії *Система допомоги при політравмі*

(*Polytrauma System of Care*). Представництва організації працюють майже в кожному великому місті країни, і будь-який солдат може звернутися туди за підтримкою психологів чи соціальних працівників. Натепер система являє собою мережу з 600 центрів. Ці установи також збирають статистику, щоб визначити, які події можуть викликати у ветеранів агресивну реакцію. Створено мобільний додаток *Струс мозку Тренер* (*Concussion Coach*), призначений для учасників бойових дій та інших осіб, які зазнали легкого та помірного струсу мозку. Додаток містить інструменти для оцінки симптомів і порад щодо покращення самопочуття. Струс мозку зазвичай супроводжується такими симптомами як головний біль, запаморочення, лабільність емоцій, проблеми із пам'яттю та увагою, що призводять до значного дискомфорту та вимагають знання засобів мінімізації їх негативного впливу. Додаток має блокнот для відстежування періодичності появи симптомів і їх зв'язку із життєвими ситуаціями, вправи на релаксацію, підвищення стресостійкості, навчальні матеріали про струс мозку та організації, які можуть надати допомогу.

Визначено принципи надання психологічної допомоги учасникам бойових дій. *Спрямованість на відновлення* – учасник бойових дій бере на себе відповідальність за свою реабілітацію, сам докладає зусиль аби жити щасливо і змістовно. Даний принцип акцентує на верховенстві сильної особистості, здатної як захищати свою Батьківщину, так і успішно діяти у мирному житті. *Мультидисциплінарний підхід* – робота усіх фахівців, які надають медико-психологічну допомогу скоординована, лікування спрямоване не на окремий симптом, а на особистість в цілому, лікування соматичних хвороб завжди відбувається одночасно із психокорекцією, у тісному та нерозривному зв'язку між фізичним і психічним здоров'ям. *Психологічна корекція у первинній допомозі* – у Центрах первинної допомоги основний акцент робиться на психологічній допомозі учасникам бойових дій, яка надається скоординованою командою фахівців (експертами з питань психічного здоров'я: психологом, психіатром, соціальним працівником).

Координатор психологічної допомоги – учасник бойових дій, який потребує лише корекції психічного стану (без актуальних соматичних проблем) має координатора, який контролює призначення інших фахівців, скеровує ветерана до необхідних служб, по суті здійснюючи його психологічний супровід. *Цілодобова допомога* – психологічна (й за потреби психіатрична) допомога надається щоденно і цілодобово у медичних центрах, поліклініках чи телефоном довіри. Телефон довіри для учасників бойових дій у США: 1-800-273-TALK (8255) (цілодобова, щоденна кризова служба, яка спеціалізується на наданні екстреної психологічної допомоги, насамперед при суїцидальних намірах, номер єдиний для всієї країни і є безкоштовним). Для європейських країн діє інший, також єдиний номер телефону довіри: 0800-1273-8255 або DSN 118. *Врахування гендерних і культурних відмінностей учасників бойових дій* – фахівці, які надають допомогу ветеранам отримують знання із військової культури, особливостей участі жінок і чоловіків у бойових діях та впливу військової травми на них. *Допомога наближена до місця проживання* – надання допомоги якнайближче до місця проживання учасника бойових дій. У найвіддаленіших селищах діють мобільні бригади у складі лікаря і психолога. *Науково обґрунтована допомога* – ефективність психокорекції визначена численними дослідженнями, нетрадиційні і невизнані методики у психологічній реабілітації не застосовуються. *Допомога сім'ям учасників бойових дій* – робота проводиться не лише із ветераном, але із членами його сім'ї у формі сімейної психотерапії, консультування подружжя, консультування у переживанні горя тощо.

Слід зазначити, що психологічна підтримка учасникам бойових дій у США, Великобританії, Португалії та в інших країнах здійснюється на базі як цивільних лікарень, військових шпиталів, так і у ветеранських організаціях, зокрема, на думку А.С. Iversen, L.van Staden, J.H. Hughes, 20% ветеранів мають психічні розлади, при тому, що перед вступом до лав Збройних сил усі проходять ретельний відбір і вважаються цілком здоровими. Однак по

поверненні у мирне життя 10% учасників бойових дій поповнюють лави безробітних і безхатків, актуальною лишається й проблема зловживання токсичними речовинами [7]. Якщо у великих містах є філії ветеранських організацій, більші можливості для раннього виявлення психічних хвороб не лише на базі клінік, то у віддалених регіонах військові забезпечені лише первиною медичною допомогою, однак часто не мають можливості отримати фахову психологічну підтримку.

Суттєва відмінність зарубіжних і вітчизняних підходів до корекції психічних розладів полягає у тому, що у США, Австралії, країнах Європи психіатричні відділення входять до складу звичайних лікарень, не мають традиційного для пострадянських реалій карального відтинку, психічне здоров'я розглядається як цілісна система, де психіатр поряд із психологом і соціальним працівником працюють скоординовано у тісній співпраці. У наших реаліях ключовою особою відновлення психічного здоров'я учасників бойових дій може стати психотерапевт із медичною освітою, який працює у лікувальних закладах непсихіатричного профілю.

Висновки. Ми констатуємо, що нині система реабілітації військових АТО перебуває на етапі становлення, великий внесок у її створення роблять центри медико-психологічної реабілітації. Співпраця наукових установ із психологами-практиками сприяє створенню методологічних засад організації реабілітаційного процесу, дозволяючи не лише адаптувати до реалій України зарубіжний досвід, але й створити власну модель психологічної реабілітації, а згодом й загальнодержавну ієрархічно організовану комплексну систему соціальної реабілітації військових, що повернулися із зони бойових дій.

Список використаних джерел

1. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. / П.Б.Ганнушкин. – М.: Север, 1933. – 124 с.
2. Гомер Іліада / Гомер ; пер. із старогр. Б. Тен ; вступ. ст. А. Білецький ; Ін-т л-ри ім. Т. Г. Шевченка НАН України. - Х. : Фоліо, 2006. - 414 с.

3. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / [ред. С. Ю. Циркин]. – К.: Факт, 1999. – 272 с.
4. Abdul-Hamid W.K. Nothing new under the sun? Post traumatic stress disorders in the Ancient World / W.K.Abdul-Hamid, H. J. Hughes // *Early Science and Medicine*. – 2014. – Vol. 19, N. 6. – P. 54–55.
5. Hofer H.-G. War, Trauma, and Medicine in Germany and Central Europe (1914-1939) / H.-G. Hofer, C.-R. Prüll, W. U. Eckart. – Freiburg: Centaurus 2011. – 203 p.
6. Horowitz M.J. A prediction of delayed stress response syndromes in Vietnam veterans / M.J. Horowitz, G.F. Solomon // *J of social issues: soldiers in and aftes Vietnam*. – 1975. – Vol. 31, N. 4. – P. 67-80.
7. Iversen A. C. The prevalence of common mental disorders and PTSD in the UK military: using data from a clinical interview-based study / A.C.Iversen, L.van Staden, J.H.Hughes // *BMC psychiatry*. – 2009. – T. 9. – №. 1. – P. 68–73.
8. Paul O. Da Costa's syndrome or neurocirculatory asthenia / O. Paul // *British Heart Journal*. – 1987. – Vol. 58 (4). – P. 306–315.

REFERENCES

1. Gannushkin, P.B. (1933). *Klinika psikhopatiy, ikh statika, dinamika, sistematika* [Clinic psychopath: static's, dynamics, taxonomy]. M.:Sever [in Russian].
2. Ghomer (2006). *Iliada* [Iliad]. Kharkov: Pholio [in Ukrainian].
3. Tsirkin, C. Yu. (1999). *Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv. Klinicheskie opisaniya i ukazaniya po diagnostike* [Classification and mentally povedencheskyh disorders. Clinical descriptions and diagnostic specified]. K.: Fakts [in Russian].
4. Abdul-Hamid, W.K., & Hughes, H. J. (2014). Nothing new under the sun? Post traumatic stress disorders in the Ancient World. *Early Science and Medicine*, 19 (6), 54–55.

5. Hofer, H.-G. (2011). War, trauma and medicine in Germany and Central Europe (1914-1939). Freiburg Br.: Centaurus-Verl.
6. Horowitz, M.J., & Solomon, G.F. (1975) A prediction of delayed stress response syndromes in Vietnam veterans. J of social issues: soldiers in and aftes Vietnam, 31 (4), 67-80.
7. Iversen, A.C., van Staden, L., Hughes, J.H., Browne, T., Hull, L., Hall, J., & Fear, N.T. (2009). The prevalence of common mental disorders and PTSD in the UK military: using data from a clinical interview-based study. BMC psychiatry, 9(1), 68–73.
8. Paul, O. (1987). Da Costa's syndrome or neurocirculatory asthenia. British Heart Journal, 58 (4), 306–315.